

家族療養費附加金請求書

所属所文書受付印

共済事務担当者

※ 決定金額 円

フリガナ 組合員氏名		組合員番号	所属所名		所属所コード
療養者	氏名	性別	続柄	生年月日	
		男・女		昭・平・令 年 月 日	
給付対象となった 病院・施設		住所 名称			
初診の年月日		年 月 日			
傷病名					
請求期間		平成・令和 平成・令和	年 月 日から 年 月 日まで	____月分	
請求金額		円			
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>公立学校共済組合鹿児島支部長 殿 丁</p> <p>令和 年 月 日 住所</p> <p>請求者 氏名</p> <p>連絡先（電話 _____）</p>					
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日 丁</p> <p>所属所所在地</p> <p>職 名</p> <p>所属所長 氏 名</p> <p>電話番号（ _____ ）</p>					